

Peur, douleur : peut-on savoir ?

Céline Rousseau-Salvador*, Nadège Maunoury**

* Psychologue, psychomotricienne, Unité fonctionnelle de lutte contre la douleur, Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Assistance publique – Hôpitaux de Paris

** Puéricultrice de l'équipe douleur, Hôpital Necker – Enfants Malades, Paris, Assistance publique – Hôpitaux de Paris

Quand nous (soignants) parlons d'anxiété, de peur chez l'enfant, de quoi parlons-nous ?

En utilisant ce terme « anxiété », parlons-nous toujours de la même chose selon que nous sommes infirmière, aide-soignant, médecin, kinésithérapeute, psychologue... ?

Bien que très utilisés, ces termes recouvrent pour chacun d'entre nous des réalités parfois différentes. Cependant, lorsque ces mots sont évoqués pour définir une situation clinique, une évaluation et une prise en charge adaptées doivent être proposées à l'enfant.

À cela vient s'ajouter la difficulté de savoir si les cris, les pleurs d'un enfant renvoient à de la peur, de la douleur ou à un mélange des deux. La question qui se pose alors est : est-il possible de les différencier et si oui, comment ?

Après quelques définitions pour établir le cadre de cette réflexion, nous préciserons les liens entre douleur et anxiété, discuterons la possibilité ou non de les distinguer et par quels moyens nous pouvons le faire. Nous verrons les applications dans notre pratique quotidienne de soignants et les illustrerons par des vignettes cliniques.

Quelques définitions

Qu'est-ce que l'anxiété ?

L'anxiété est un état émotionnel qui existe chez chacun d'entre nous et qui est lié à l'appréhension d'un danger potentiel plus ou moins subjectif. Il s'agit d'une dimension normale de la personnalité. C'est un signal d'alarme qui nous prévient des dangers et qui nous permet d'accroître notre vigilance. Par exemple, l'anxiété préopératoire est un malaise physique et psychologique dont l'apparition est consécutive à la possibilité d'une intervention chirurgicale. Lorsqu'elle est d'intensité faible à modérée, c'est une réponse adaptée à cette situation potentiellement anxiogène.

Le concept « d'anxiété » possède une spécificité chez l'enfant. Au cours du développement dit normal, l'anxiété se manifeste sous différentes expressions qui varieront selon l'âge. Cette anxiété « normale » est dite développementale.

Il s'agit là d'une première difficulté pour nous soignants, car, certains troubles qui sont diagnostiqués comme pathologiques à l'âge adulte peuvent être transitoires et tout à fait adaptés chez l'enfant par rapport à une situation pouvant présenter un danger (ex : prise de sang, ponction lombaire, situations pour lesquelles le danger est notamment la douleur). Donc, parfois les manifestations surprenantes que revêt cette anxiété développementale normale peuvent nous inquiéter, nous déstabiliser et entraîner des réinterprétations de notre part telles que : « Ses

réactions sont étranges ou disproportionnées par rapport à ce qu'on lui fait, il a peut-être mal ? Il fait peut-être un caprice ? Il le fait exprès ! »

Exemple

Un enfant de 6 ans hospitalisé s'agite beaucoup tous les soirs au moment du « bonne nuit ». Cela peut être dû à la « peur du noir »¹ qui est fréquente chez l'enfant entre 2 et 8 ans.

Exemple

Un enfant de 8 mois est emmené pour faire un examen et pleure de façon incoercible. Cela peut s'expliquer par une anxiété de séparation qui apparaît vers le 6^e mois de la vie et existe chez la plupart des enfants entre 1 et 2 ans. Elle s'exprime par une détresse quand le bébé est séparé de sa principale figure d'attachement, le plus souvent sa mère.

Qu'est-ce que la peur ?

La peur est également une réaction émotionnelle. Contrairement à l'anxiété, elle serait une réponse à un danger objectif et immédiat.

Par exemple, un enfant vient pour une ablation de plâtre. Il est calme. Lorsque le soignant met en marche la scie à plâtre, l'enfant se met à hurler. En effet, le son, la vue de certains instruments ainsi que le vocabulaire hospitalier peuvent effrayer.

Il est très fréquent d'utiliser dans le langage courant les mots « peur » et « anxiété » de façon interchangeable.

Et la douleur ?

La douleur est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage »². Bien qu'il puisse s'ajouter une composante objective, l'atteinte organique, il s'agit toujours d'une expérience subjective. C'est la raison pour laquelle l'utilisation d'échelles d'évaluation de la douleur validées est recommandée pour avoir un langage professionnel commun et des éléments de comparaison quantifiables quant à l'efficacité de la prise en charge.

La composante émotionnelle obligatoirement présente dans le phénomène douloureux vient compliquer cette évaluation puisque sa présence même entraîne le fait que l'on ne peut dissocier l'aspect physiologique de l'aspect psychologique dans la douleur. C'est pourquoi il est recommandé de prendre comme référence le niveau de douleur indiqué par l'enfant indépendamment de son état d'anxiété.

Il en va de même pour les expériences douloureuses sans dommage tissulaire mais décrites en tant que telles, douleurs appelées « sine materia », « psychogènes » ou encore « fonctionnelles ». Comment pouvons-nous distinguer la part d'anxiété et la part de douleur dans ces situations ?

Comment évaluer l'anxiété ?

Concepts préalables

Avant d'utiliser des échelles d'évaluation de l'anxiété, il est important de savoir ce que l'on souhaite mesurer et ce que notre outil mesure. En effet, il existe plusieurs concepts liés à l'anxiété

¹ La « peur du noir » est un terme utilisé dans la définition officielle de l'anxiété développementale.

² Définition de l'IASP : *International Association for the Study of Pain*.

et donc plusieurs façons de la mesurer. Les outils différeront également selon le professionnel qui les utilise et selon le moment de l'évaluation. Deux notions principales sont prises comme référence : l'évaluation dimensionnelle de l'anxiété et l'évaluation catégorielle de l'anxiété pathologique.

L'évaluation dimensionnelle de l'anxiété permet d'établir un « niveau d'anxiété » à un moment donné. Comme pour l'échelle numérique de la douleur, plus on est anxieux plus les scores aux tests vont être élevés.

Avant un soin, en préopératoire, au cours d'une hospitalisation, ce sont les échelles qui mesurent ces niveaux de symptômes qui sont utilisées par les soignants. Elles permettent d'évaluer un niveau d'anxiété, de mettre un chiffre qui viendra étayer ou confirmer les impressions cliniques du personnel de soin. L'échelle ne nous donnera pas de diagnostic sur le type d'anxiété car il ne s'agit probablement pas d'une anxiété « pathologique » mais plutôt de symptômes anxieux réactionnels à la situation potentiellement anxiogène. C'est pourquoi en cas de score d'anxiété élevé, ou encore en cas de doute, l'équipe fera appel à un psychologue qui fera une analyse plus complète.

L'évaluation catégorielle de l'anxiété permet de différencier l'anxiété normale de l'anxiété « pathologique » et d'établir un diagnostic à partir de critères cliniques et évolutifs. Elle est effectuée par des psychiatres ou des psychologues, à distance des périodes aiguës. Cette approche est appelée « catégorielle », car elle permet de faire des catégories, c'est-à-dire de repérer des syndromes caractéristiques de la pathologie anxieuse et de les regrouper en entités cliniques telles que la phobie, l'attaque de panique... Ici, l'anxiété a des répercussions importantes dans la vie de l'enfant (familiales, sociales, scolaires). Sa qualité de vie en est affectée et il ressent une détresse émotionnelle importante qui dure.

Les classifications d'entités diagnostiques sont par exemple celles développées par l'Association américaine de psychiatrie (APA) par l'intermédiaire de la classification du Manuel statistique et diagnostique (DSM). Dans la même optique, nous retrouvons la classification élaborée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : la Classification internationale des maladies (CIM) ou encore la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA).

Quelques échelles...

Peu d'échelles existent chez l'enfant et la majorité de celles utilisées en France vient des pays anglo-saxons. Alors que pour eux ces outils de mesure sont fiables car étalonnés et validés sur leur population et souvent très spécifiques, destinés à la recherche, ils sont beaucoup plus aléatoires concernant la population française. En effet, il existe souvent plusieurs traductions d'un même outil et aucune validation sur la population française. C'est pourquoi les différentes échelles présentées ci-dessous doivent nécessairement s'accompagner d'une évaluation plus globale du problème, même si elles nous donnent une bonne indication quant au niveau d'anxiété de l'enfant. Ces échelles nous permettent de confronter notre impression clinique à une mesure, une appréciation quantitative d'un degré d'anxiété.

Parmi ces échelles, une des plus connues est l'*Hospital Anxiety and Depression scale* (HAD) [1] (cf. annexe). Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation qui permet un dépistage rapide des patients à risque sans pour autant poser un diagnostic de trouble anxieux ou de dépression. Elle évalue le niveau d'anxiété générale (7 items) et le niveau de dépression (7 items). Les soignants peuvent la proposer à l'enfant à partir de 8 ans s'ils l'accompagnent. Chaque item est coté de 0 à 3 donnant un score maximum pour l'anxiété de 21. À partir de 8, le score est dit significatif. Un des avantages pour l'utilisation de cette échelle en milieu hospitalier est qu'elle serait peu sensible à la

symptomatologie somatique associée. Attention : même si le score est élevé, l'enfant peut être anxieux ET douloureux.

De nombreuses études utilisent chez l'enfant un test « généraliste » sur l'anxiété qui serait le *gold standard* dans les pays anglo-saxons : le *State and Trait Anxiety Index for Children* (STAIC) [2]. Ce test est effectué par des psychologues. Il est traduit en français. Alors que son utilisation peut être pertinente dans le cadre de la recherche, il semble peu adapté à la clinique, la passation et la correction étant relativement longues.

L'échelle d'hétéro-évaluation de l'anxiété préopératoire la plus connue et la plus utilisée chez l'enfant est la *modified Yale Preoperative Anxiety Scale* (m-YPAS) [3].

Elle a été développée pour évaluer l'anxiété préopératoire au moment de l'attente avant l'intervention et de l'induction de l'anesthésie. La m-YPAS comprend 22 items répartis en cinq catégories (activité, comportement verbal, expression, éveil, attitude avec les parents). Les enfants ayant un score supérieur à 24 sont considérés comme anxieux. Elle a été traduite, mais n'a pas été validée en français.

... Et leurs limites

Parfois il peut y avoir un biais dans l'évaluation, c'est-à-dire que l'échelle ne mesure pas ce qu'elle est censée mesurer. Il existe deux situations cliniques qui mettent ce biais en évidence et qui se situeraient aux extrémités opposées d'un continuum de réponses plus ou moins « vraies » que l'enfant fournit lors de l'évaluation :

- une première situation est celle où l'enfant de façon plus ou moins consciente va modifier ses réponses au test dans le sens d'une négation du symptôme, masquant ainsi son anxiété qui ne sera pas mise en évidence par le test. C'est un enfant qui, lorsqu'une difficulté ou un trouble est proposé, aussi anodin soit-il, va répondre par la négation. Plusieurs cas de figure peuvent se présenter : soit ces enfants, souvent plus âgés, s'auto-persuadent qu'ils vont bien, soit ils cherchent à simuler volontairement, soit ils n'ont pas conscience de leurs difficultés, soit enfin ils veulent se montrer sous leur meilleur jour ;
- à l'autre extrémité on retrouve la situation inverse dans laquelle l'enfant va répondre par l'affirmative à tous les symptômes proposés. Cette majoration de la symptomatologie anxieuse se retrouve chez les enfants ayant des traits de personnalité anxieux (la théorie du pire) mais peut aussi masquer des troubles psychologiques sévères associés. Elle peut également être une demande d'étayage de la part de l'enfant ou une manière d'interpeller l'entourage.

Le lien entre l'anxiété et la douleur

De nombreux phénomènes ainsi qu'un lien parfois très étroit entre l'anxiété et la douleur rendent la distinction entre ces deux états encore plus complexe.

Dans les échelles

Pour rendre les choses encore plus complexes... ou peut-être finalement pour les simplifier, l'échelle visuelle analogique de la douleur (EVA) est parfois utilisée chez l'enfant et chez l'adulte pour évaluer l'anxiété.

Une étude de Kindler *et al.* a montré que le score EVA de l'anxiété était corrélé avec le résultat à la STAI, échelle d'anxiété [4].

Se basant sur les résultats de cette étude, il semble pertinent au minimum de demander à l'enfant, comme pour la douleur, une estimation de son inquiétude ou anxiété entre 0 et 10.

Lorsque l'on propose à l'enfant de donner un score d'anxiété, il peut répondre qu'il n'est pas anxieux car ce mot ne fait pas partie de son vocabulaire ou a une définition différente. On peut alors reformuler et proposer d'autres termes : « *Es-tu anxieux ? Non. Es-tu inquiet ? Non. Es-tu stressé ? Non. Es-tu angoissé ? Oui. Sur une échelle d'angoisse, peux-tu me montrer comment tu es angoissé en ce moment ?...* »

Un autre écueil est d'entreprendre des actions pour diminuer cette angoisse et de rapidement reposer la question, l'enfant peut alors vouloir faire plaisir et réduire volontairement la note représentant son angoisse. L'idée est donc plutôt de se servir de cette évaluation comme d'un support de communication avec l'enfant. Ce score d'anxiété peut être consigné dans le dossier de soins ainsi que les actions entreprises. Si le score est très élevé, des moyens non médicamenteux peuvent être proposés ainsi qu'une demande d'intervention auprès du psychologue.

Attention, un score élevé d'anxiété ne permet pas de diminuer le score de douleur, il sert à modifier nos actions soignantes.

Du côté des soignants

Des mécanismes psychiques peuvent se mettre en place chez le soignant afin de se protéger mais pourront avoir comme conséquences une mauvaise interprétation de ce que l'enfant lui donne à voir.

Lorsqu'un enfant signifie qu'il a mal, exprime une souffrance, le soignant peut se sentir remis en cause dans son rôle de prendre soin. Il peut avoir le sentiment d'être responsable de la douleur provoquée lors d'un geste ou lorsque celle-ci n'est pas soulagée. Ce sentiment d'impuissance ou de responsabilité est quelquefois difficile à supporter et coûteux psychiquement car il renvoie à une attribution causale interne de la douleur : « *C'est de ma faute* », « *Je ne suis pas un bon soignant* », « *J'aurais dû...* »... C'est pourquoi, de façon plus ou moins consciente, il peut être plus facile de se dire que cet enfant est inquiet plutôt que douloureux. En effet, si le soignant appréhende la réalité différemment, en interprétant la douleur que lui montre l'enfant comme de l'anxiété liée à la situation, il s'agira alors d'une attribution causale externe « *C'est la situation qui l'inquiète* », protégeant ainsi le soignant et l'estime qu'il a de lui-même. Car, si l'enfant a peur, s'il est anxieux, c'est lui qui produit lui-même son inquiétude. On peut se dire pour se rassurer qu'il a un tempérament anxieux.

Enfin, parfois même l'inquiétude exprimée par l'enfant est intolérable pour le soignant qui plus ou moins consciemment annulera ou dénier cette dernière : « *Je ne vois pas pourquoi il a peur, ça ne fait même pas mal* ».

Exemple

Une enfant de 6 ans a une prise de sang après l'application d'un patch anesthésiant. Elle dit « Arrête, ça fait mal ». L'infirmière répond « Tu ne peux pas avoir mal, tu as eu de l'Emla®. Vous savez madame (en s'adressant à la mère), elle ne peut pas avoir mal, elle a peur, c'est tout. ». En réalité, le patch n'a été appliqué que 30 minutes au lieu d'une heure et l'anesthésie locale n'est pas suffisamment profonde. Par ailleurs, l'infirmière est-elle sûre d'avoir piqué au niveau de la zone anesthésiée ? Le patch est-il resté appliqué contre la peau ou s'est-il collé au pull ? Parfois même appliquée une heure, la profondeur de la peau anesthésiée peut être insuffisante pour la mise en place par exemple d'un cathéter veineux surtout si l'on a besoin de « chercher un peu la veine » ou si l'enfant est « potelé ».

Du côté de l'enfant

Lorsque nous regardons du côté de l'enfant, la douleur et l'anxiété sont plus intriquées encore. L'influence mutuelle entre ces deux états rend leur séparation difficile voire fictive. Identifier le comportement, la mimique, la parole qui appartiennent au registre douloureux et ceux qui appartiennent au registre de l'anxiété devient une opération très complexe voire parfois impossible.

Tout d'abord, l'enfant peut être anxieux sans avoir mal...

Lorsqu'il y a une hospitalisation, un soin, une arrivée à l'hôpital, une consultation, que ce soit la première fois ou pas, l'anxiété est toujours présente à des degrés divers.

Pour une première fois, c'est une réaction normale d'adaptation puisqu'il s'agit d'une situation nouvelle pour l'enfant. Il va voir de nouvelles personnes, il peut être séparé de ses proches, il risque d'avoir mal, il ne connaît pas et ne comprend pas les règles de l'hôpital...

Pour l'enfant qui revient à l'hôpital, il a probablement vécu des moments de douleur et de peur liés à cette situation particulière qu'est l'hospitalisation. Il peut donc appréhender, anticiper ce qui va se passer, il va voir de nouveaux soignants, il peut ressentir de l'anxiété même à minima.

Mais il semble plus difficile d'imaginer une douleur intense et/ou prolongée qui ne soit associée à de l'anxiété...

En effet, dès lors que la douleur est présente, elle agit comme un signal d'alarme au niveau corporel afin que le sujet réagisse. L'anxiété sera d'autant plus intense que l'enfant aura déjà vécu une situation douloureuse pour laquelle il garde de mauvais souvenirs et qui viendra renforcer la peur liée à cette nouvelle situation. Comme le souligne Wall : « La mémoire de la douleur est peut-être plus envahissante que la douleur elle-même » et avec cette mémoire, la composante émotionnelle négative de la douleur.

Enfin, l'anxiété souvent renforce l'intensité de la douleur...

Des études ont montré que la douleur engendre de l'anxiété et que celle-ci majore le vécu douloureux [5]. On rentre alors dans un cercle vicieux. Ainsi, traiter la douleur physique sans chercher à agir sur l'anxiété n'est pas suffisant : souvent le fait d'informer et d'expliquer un soin sera suffisamment efficace contre l'anxiété. De même qu'effectuer une prise en charge de l'anxiété chez un patient douloureux sans traiter la douleur est une aberration. Les deux types de prise en charge sont complémentaires. Mais des attitudes simples comme le fait de dire à l'enfant que l'on donne un médicament contre la douleur ou encore l'encourager à la distraction peuvent aider. D'autres ressources peuvent être utiles comme sa famille, l'éducatrice, l'école à l'hôpital, ou encore des bénévoles d'association.

Dans la pratique clinique

De nombreux éléments lors de l'interrogatoire de l'enfant et de ses parents ou de l'accompagnant avant un soin peuvent déjà nous renseigner sur la présence ou non d'anxiété chez cet enfant et souvent même sur son intensité. Ces premières informations nous permettent d'adapter notre prise en charge et de trouver des réponses plus spécifiques si l'enfant présente des signes d'inquiétude. Ce temps passé en amont et un aménagement du soin si nécessaire peuvent désamorcer une situation potentiellement difficile et anxiogène pour l'enfant, pour ses parents comme pour l'équipe soignante.

Repérer l'anxiété

Avant le soin, un interrogatoire, même bref, peut nous donner une idée sur le niveau d'anxiété de l'enfant. Nous allons interroger les parents ou l'accompagnant sur la présence ou non d'une anticipation anxieuse par rapport au soin ou à l'hospitalisation. Pour ce faire, des questions très simples peuvent nous guider : « L'enfant avait-il l'air inquiet avant de venir et si oui depuis combien de temps ? L'enfant parle-t-il de ce soin et si oui, depuis quand ? Comment s'est passée la nuit dernière ? Y a-t-il eu des changements par rapport aux nuits précédentes ? Est-ce que son appétit s'est modifié ?... » Nous demandons aussi aux parents s'ils ont des éléments importants à signaler afin de nous aider dans la suite de notre prise en charge.

Lors de l'hospitalisation, certaines équipes utilisent des cahiers à remplir par l'enfant : « *j'aime, j'aime pas, j'ai peur de ...* » pour mieux le connaître. C'est un support de communication pour les différents intervenants.

Lorsque l'anticipation anxieuse est majeure, nous pouvons observer des modifications du comportement chez l'enfant. Il est alors important d'interroger les parents sur ces changements en leur demandant s'ils ont été interpellés par des comportements inhabituels aussi minimes soient-ils. Par exemple : « Est-ce que leur enfant leur a semblé absent ou au contraire logorrhéique ? », « Est-ce qu'il était agressif, intenable ? ». L'aspect hyperactif peut masquer l'inquiétude de l'enfant.

Enfin, si l'enfant est hospitalisé, il est important de prendre le temps d'interroger l'équipe précédente sur son comportement, de consulter les évaluations douleur passées, les prescriptions antalgiques et leur efficacité. Si l'enfant a été ou est douloureux, il est certainement aussi anxieux. Méfions-nous de notre tendance spontanée à nous fier à notre simple jugement lorsque nous sommes nouvellement arrivés sur une situation, même si nos premières impressions cliniques permettent parfois de débloquer une situation complexe.

Exemple

Mathieu a 12 ans. Il est en salle de réveil suite à une amputation du pied gauche. Il a une administration régulière d'antalgiques de palier 1 et 3 ainsi qu'un traitement prophylactique de douleur neuropathique pour prévenir l'apparition d'une douleur du membre fantôme. Il reste très douloureux et manifeste des signes d'inquiétude. Il pose beaucoup de questions et appelle les soignants dès qu'ils s'éloignent de lui. Il ne sait pas décrire sa douleur mais dit qu'elle est à plus de 10/10. Dans le dossier médical est inscrit « patient à profil anxieux ». L'équipe se pose alors la question de l'administration d'un anxiolytique. Finalement, une nouvelle titration en morphine est réalisée et Mathieu est rapidement soulagé. Les soignants continuent néanmoins d'être rassurants auprès de lui.

Une discussion d'équipe est intéressante en cas de doute sur la prise en charge de la douleur. Dans cet exemple, elle a permis de continuer le traitement antalgique, tout en mettant en place des actions de réassurance, d'écoute et d'information. Le risque aurait été de traiter uniquement l'anxiété et de négliger la souffrance physique du fait du « profil anxieux » noté dans le dossier. Des transmissions avec le service de soins seront importantes car il est nécessaire de poursuivre le suivi psychologique déjà mis en place en plus des mesures standards de prise en charge postopératoire.

Agir sur l'anxiété

Bien que les répercussions d'un soin ne prêtent le plus souvent pas à conséquence, elles peuvent parfois être délétères et avoir un impact majeur sur le développement psychique de l'enfant. L'enfant peut, par exemple, se sentir plus souvent en danger par rapport à des situations anodines, avoir une mauvaise image de lui-même... Les inquiétudes peuvent se généraliser à

d'autres domaines. Une phobie du soin peut se développer. Il s'agit d'un trouble psychopathologique qui ne peut se résorber avec les stratégies de distraction et qui ne répond absolument pas à la réassurance. Elle nécessitera une prise en charge psychologique avec un psychiatre ou un psychologue à distance de la phase aiguë de détresse. L'intervention de celui-ci pendant le soin, lorsque l'angoisse est à son paroxysme, ne sera d'aucune utilité. La durée de la psychothérapie peut être relativement brève (quelques séances). Elle peut être beaucoup plus longue si d'autres troubles lui sont associés.

Plusieurs stratégies selon l'âge et les moyens de communication de l'enfant peuvent être mises en place par les soignants pour limiter voire éviter l'apparition de ces symptômes anxieux. Une grande partie de ces stratégies est simple et évidente pour un bon nombre de soignants. Il s'agit d'accueillir l'enfant et sa famille, de les informer et les accompagner dans le soin ainsi que d'organiser ce dernier. Toutes les méthodes de distraction pourront être utilisées. Pour d'autres, il faut qu'elles soient officialisées pour être appliquées.

Éviter les pièges...

Cas clinique : Sofia

Sofia est une enfant de 9 ans opérée d'une péritonite il y a 4 jours. Elle dit qu'elle n'a pas mal, pourtant son visage est crispé et elle a une position algique en permanence. Les éducatrices remarquent qu'elle ne joue plus. La mère de Sofia trouve que son caractère a changé et pense qu'elle a peur de dire qu'elle a mal. Sofia ne regarde pas les soignants et ne répond plus à toutes les questions. Des antalgiques de palier 1 et 2 sont prescrits. L'enfant est en âge de s'auto-évaluer mais les soignants observent une discordance manifeste entre l'ENS cotée à 0/10 et l'observation clinique. L'équipe évalue donc la douleur de l'enfant avec une échelle d'hétéro-évaluation. Le score de douleur avec l'échelle HEDEN est de 6/10, ce qui indique une douleur intense non soulagée avec les antalgiques actuels aux doses maximales. Le médecin arrête le palier 2 et prescrit un palier 3 en systématique avec une surveillance régulière de la douleur (échelle HEDEN), une surveillance clinique de la somnolence et de la fréquence respiratoire. Rapidement, Sofia change de position dans son lit et communique davantage. Les soignants lui indiquent qu'ils lui ont administré des médicaments contre la douleur plus efficaces car ils avaient observé des signes de douleur. L'infirmière lui explique les échelles ENS, EVA et celle des visages. Elle lui demande de choisir l'échelle qu'elle comprend le mieux. Sofia est d'accord pour celle des visages. L'infirmière confronte alors le score de l'échelle des visages à celui de l'HEDEN et l'indique dans le dossier de soins. Visages : 2/10, HEDEN : 3/10.

L'équipe soignante considère que les scores sont concordants, la douleur faible à modérée est dite supportable par Sofia. Les antalgiques sont poursuivis. La nuit, Sofia dort bien. Le lendemain matin, elle retrouve une communication adaptée et se lève de son lit. Pour la suite de l'hospitalisation, l'échelle des visages sera utilisée par toutes les équipes pour Sofia. Progressivement, les antalgiques pourront être diminués.

Nous remarquons le lien direct entre douleur et comportement. En cas de discordance entre le discours d'un patient et son attitude, le seul jugement du soignant n'est pas suffisant et il est préférable de réaliser une hétéroévaluation. En cas de doute sur la présence d'une douleur, il est de bon augure de faire un test thérapeutique : la douleur est traitée et nous voyons si le comportement change, si les manifestations douloureuses diminuent.

Dans cette situation, il serait opportun de s'intéresser au refus de Sofia de dire qu'elle a mal. De quoi a-t-elle peur ? (une piqûre ? le report de sa sortie ?). Cette discussion pourra être entreprise par un soignant ou par le psychologue du service avec l'équipe.

Quand le soignant appréhende de participer à un soin

Dans cette situation, le soignant doit réfléchir à ce qui le met en difficulté. Est-ce le patient lui-même ? Les conditions de réalisation de ce soin ? La présence des parents ? Il ne faut pas rester isolé. Questionner ses collègues afin de savoir si d'autres ont les mêmes difficultés permet de prendre du recul. Il peut être intéressant de mettre en place une réunion pluridisciplinaire autour d'un soin pour répondre à une série de questions : qui fait quoi, comment, quand, où ? Cela peut conduire à des changements d'organisation qui amélioreront la qualité de ce soin (L'examen se déroulera dans telle pièce avec telles personnes formées à telle heure...). Il faut aussi penser à instaurer des moyens non médicamenteux tout en laissant une place à l'improvisation vis-à-vis de la distraction et de l'accompagnement personnalisé.

Conclusion

Souvent intimement mêlées, douleur et anxiété sont difficiles voire parfois impossibles à dissocier. Chercher à tout prix à connaître la part exacte de l'une et de l'autre devant une plainte peut-être un obstacle à des propositions thérapeutiques et menace d'enfermer les soignants dans la prise en charge d'une seule causalité supposée. Les moyens non médicamenteux tels que l'information, l'accueil, l'organisation et la distraction sont souvent oubliés et pourtant sont les piliers d'une communication adéquate entre l'enfant et les soignants et la base de la confiance de celui-ci dans l'équipe qui le prend en charge. Ces différentes stratégies thérapeutiques permettront d'emblée une diminution de l'anxiété de l'enfant. Toutefois, il est nécessaire pour les soignants de reconnaître un enfant particulièrement anxieux malgré l'application de ces différents moyens d'accompagnement. C'est pourquoi le sens clinique, l'observation, des questions pertinentes et une EVA de l'anxiété sont également des ingrédients essentiels. Si la symptomatologie anxieuse est détectée chez l'enfant, l'équipe pourra faire appel à un psychologue ou un psychiatre pour un suivi spécifique.

À retenir

Ce n'est pas parce qu'on est anxieux qu'on est douloureux...

Ce n'est pas parce qu'on n'est pas anxieux qu'on n'est pas douloureux...

Ce n'est pas parce qu'on est anxieux qu'on n'est pas douloureux...

Très souvent quand on est douloureux on est anxieux... c'est une réponse tout à fait normale et adaptée... jusqu'à un certain seuil.

Références

- [1] Zigmond AS, Snaith RP. Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983 ; 67 : 361-70.
- [2] Spielberger CD, Edwards CD, Lushene RE. *The state-trait anxiety inventory for children*. Palo Alto : Consulting Psychologists Press ; 1973.
- [3] Kain ZN, Mayes LC, Cicchetti DV *et al.* The Yale preoperative anxiety scale : how does it compare with a « gold standard » ? *Anesth Analg* 1997 ; 85 : 783-8.
- [4] Kindler CH, Harms C, Amsler F *et al.* The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg* 2000 ; 90 : 706-12.
- [5] Annequin D. Plus on a peur, plus on a mal ? 14^e Journée « La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? », Paris, 2007.

Annexe : *Hospital Anxiety and Depression scale*

(Auteurs : A.S. Zigmond et R.P. Snaith. Traduction française : J.-P. Lépine)

Entourez votre réponse

A. Je me sens tendu ou énervé :

- 3. La plupart du temps
- 2. Souvent
- 1. De temps en temps
- 0. Jamais

D. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- 0. Oui, tout autant
- 1. Pas autant
- 2. Un peu seulement
- 3. Presque pas

A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- 3. Oui, très nettement
- 2. Oui, mais ce n'est pas trop grave
- 1. Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- 0. Pas du tout

D. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- 0. Autant que par le passé
- 1. Plus autant qu'avant
- 2. Vraiment moins qu'avant
- 3. Plus du tout

A. Je me fais du souci :

- 3. Très souvent
- 2. Assez souvent
- 1. Occasionnellement
- 0. Très occasionnellement

D. Je suis de bonne humeur :

- 3. Jamais
- 2. Rarement
- 1. Assez souvent
- 0. La plupart du temps

A. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :

- 0. Oui, quoi qu'il arrive
- 1. Oui, en général
- 2. Rarement
- 3. Jamais

D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- 3. Presque toujours
- 2. Très souvent
- 1. Parfois
- 0. Jamais

A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- 0. Jamais
- 1. Parfois
- 2. Assez souvent

- 3. Très souvent

D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- 3. Plus du tout
- 2. Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- 1. Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- 0. J'y prête autant attention que par le passé

A. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- 3. Oui, c'est tout à fait le cas
- 2. Un peu
- 1. Pas tellement
- 0. Pas du tout

D. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- 0. Autant qu'avant
- 1. un peu moins qu'avant
- 2. Bien moins qu'avant
- 3. Presque jamais

A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- 3. Vraiment très souvent
- 2. Assez souvent
- 1. Pas très souvent
- 0. Jamais

D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

- 0. Souvent
- 1. Parfois
- 2. Rarement
- 3. Très rarement

Total général :

Total anxiété :

Total dépression :

Sont considérées comme valeurs seuils pour chaque sous-échelle :

– 10 dans un objectif de spécificité

– 8 dans un objectif de sensibilité

Un score global de 19 ou plus traduit un épisode dépressif majeur.

Un score global de 13 correspond à des troubles de l'adaptation et aux dépressions mineures.